

AUTOREFERAT

1. Imię i nazwisko: Sławomir Czachowski

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe - z podaniem nazwy, miejsca pracy i roku ich uzyskania:

- dyplom lekarza medycyny: Akademia Medyczna w Gdańsku, 1981 rok
- dyplom specjalisty z pediatrii: 1987 rok
- stopień doktora nauk medycznych: Akademia Medyczna w Gdańsku, 1989 rok
- dyplom specjalisty z medycyny rodzinnej: 1996 rok

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych:

- od 1982 do 1986 asystent Szpitala Dziecięcego w Toruniu
- od 1986 do 1989 adiunkt w Klinice Kardiologii, Instytutu Pediatrii, Akademii Medycznej w Gdańsku
- 1990 asystent Kliniki Neonatologii Academish Medisch Center w Amsterdamie, Holandia
- 1991 asystent Kliniki Neonatologii w Leiden, Holandia
- od 1993 do 1996 koordynator kształcenia lekarzy rodzinnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu
- od 1999 roku starszy wykładowca Katedry Lekarza Rodzinnego Collegium Medicum w Bydgoszczy wraz z oddziałem: English Division, Uniwersytet M. Kopernika w Toruniu
- od 1997 Praktyka Lekarza Rodzinnego, NZOZ w Toruniu

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

Osiągnięciem naukowym będącym podstawą do złożenia wniosku o uzyskanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie medycyny jest opublikowanie cyklu jednotematycznych prac naukowych obejmujących następujące zagadnienie: **"Pacjenci z objawami somatyzacyjnymi w podstawowej opiece zdrowotnej. Jakościowe i ilościowe badania nad bio-psycho-społecznym modelem lekarza rodzinnego"**.

Badania własne i opisane wyniki są indywidualnym wkładem w rozwój nauki dotyczącym diagnostyki, leczenia oraz komunikacji lekarza rodzinnego z pacjentami z zaburzeniami somatyzacyjnymi. Zastosowanie w praktyce opisanych metod może ułatwić skuteczniejsze postępowanie z chorymi, których liczba wśród zgłaszających się osób w podstawowej opiece zdrowotnej sięga blisko 45%.

Wykaz publikacji

Cykl monotematycznych prac:

1. **Czachowski S.** Środowiskowe uwarunkowania praktyki lekarza rodzinnego (wybrane zagadnienia). Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2002 (monografia).
2. **Czachowski S.** *Rola lekarza rodzinnego w praktyce medycznej.* Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2005 (monografia).
3. **Czachowski S.** *Nowe drogi w medycynie rodzinnej. Studium eksploracyjne.* Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2004 (monografia).
4. **Czachowski S.**, *Holistyczna postawa lekarza rodzinnego,* Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2007 (monografia).

5. **Czachowski S**, Pawlikowska T. *These reforms killed me": doctor's perceptions of family medicine during the transition from communism to capitalism*. Fam. Pract. 2011; 28(4) 437 – 443. **(Impact Factor=1,503)**
6. **Czachowski S**, Terluin B, Izdebski A, Izdebski P. *Evaluating the cross-cultural validity of the Polish version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) using differential item functioning (DIF) analysis*. Family Practice (2012) 29(5): 609-615 doi:10.1093/fampra/cms016 **(Impact Factor=1,828)**
7. **Czachowski S**, Piszczek E, Sowińska A, Hartman TC. *Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study*. Family Practice (2012) 29(2):228-234. doi:10.1093/fampra/cmr065 **(Impact Factor - 1,828)**

Omówienie celu naukowego oraz opisanych wyników zawartych w powyższych publikacjach wraz z możliwością wykorzystania w praktyce medycznej

Pacjenci w podstawowej opiece zdrowotnej często prezentują objawy wynikające z nakładających się na siebie wielu chorób. Badania wskazują, że 40-50% zgłaszających się do lekarza rodzinnego osób opisuje dolegliwości, którym nie można przypisać określonej jednostki chorobowej. Do najczęstszych objawów należą: bóle i zawroty głowy, bóle mięśni, omdlenia, bóle pleców, nadmierne pocenie się, wzdęcia, mrowienie palców, duszności, mdłości, suchość w jamie ustnej, brak energii. Dodatkowe badania nie wykazują zmian anatomicznych i nie wyjaśniają prezentowanych objawów. W literaturze naukowej do opisu tych schorzeń używa się określeń: somatyzacja, niewyjaśnione objawy medyczne (ang. MUS - medically unexplained symptoms), zaburzenia psychosomatyczne, dolegliwości związane ze stresem, zaburzenia czynnościowe. Brak jest satysfakcjonujących teorii naukowych tłumaczących powstawanie opisanych symptomów.

Część opisanych objawów można zakwalifikować zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, International Classification of Diseases) do "zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną" (F40 - F48). Istnieje jednak grupa skarg pacjentów, które trudno jednoznacznie ocenić. Opisują je kody z bloku zaburzeń rozdziału XVIII czyli "objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej nieklasyfikowane" (R00 do R69).

Wymienione problemy kliniczne stanowią główny obszar pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i dlatego stały się tematem moich dociekań naukowych.

Wprowadzenie reform systemowych w Polsce zmieniło funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Zastąpienie budżetowego systemu finansowania - systemem ubezpieczeniowym i ustanowienie nowej dyscypliny lekarskiej - medycyny rodzinnej spowodowało pojawienie się nowych zjawisk, które wymagały analiz i monitorowania. Uruchomienie pierwszych praktyk lekarza rodzinnego w Polsce spowodowało mnie do badań z zakresu codziennej pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (**publikacja 1**).

Z literatury naukowej wynika, że 50% pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej zgłasza się trudnymi do zdiagnozowania objawami chorobowymi. Dlatego badania moje koncentrowały się na ocenie uwarunkowań funkcjonowania lekarza w aspekcie leczenia osób z objawami somatyzacyjnymi lub somatoformicznymi, z chorobami przewlekłymi oraz w sferze zaburzeń psychologicznych i socjologicznych.

W latach 2000-2002 podjąłem cykl badań dotyczących zróżnicowania oczekiwań wobec lekarza rodzinnego ze względu na samoocenę stanu zdrowia pacjentów. Porównano osoby wpisane na listę praktyki i z innych placówek medycznych. Analizowano 250 osób uwzględniając relacje płci i wieku. Za zmienną zależną przyjęto oczekiwania pacjentów wobec lekarza. Do operacjonalizacji tej zmiennej użyto kwestionariusza przymiotnikowego G.H. Gougha i A. B. Heilbruna (The Adjective Check List Manual - ACL). Główną zmienną niezależną stanowiła samoocena stanu zdrowia pacjentów w pięciostopniowej skali Likerta (doskonały, bardzo dobry, dobry, dostateczny, zły). Otrzymane wyniki poddano jednoczynnikowej analizie wariancji z oceną współczynnika F. Wysokie wartości współczynnika F i liczby podkreślanych przymiotników uzyskały skale: zaufania do siebie, dominacji, porządku, opiekowania się. Przeważali pacjenci o negatywnej ocenie własnego zdrowia. Istotny statystycznie wskaźnik F (402,5), ale odwrotną konstelację wskazań, podkreślaną przez osoby z wysoką samooceną własnego zdrowia uzyskały skale: potrzeba zmienności i reagowania czyli osoby ciekawej, entuzjastycznej, spontanicznej, o szerokich zainteresowaniach. Uzyskane wyniki wykazały wysokie zróżnicowanie oczekiwań wobec lekarza rodzinnego w zależności od samooceny własnego zdrowia.

W 2000 roku przeprowadziłem badania studentów medycyny i kierunków humanistycznych w zakresie świadomości społecznej funkcjonowania struktur opieki zdrowotnej. Dotyczyły one udzielanych świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Próba obejmowała 256 studentów uniwersytetu. Większość badanych utożsamiała lekarza rodzinnego raczej ze sposobem wykonywania zawodu niż ze specjalnością lekarską. Tylko 14 % respondentów prawidłowo rozpoznawało nowe elementy zreformowanego systemu opieki zdrowotnej.

Wiosną 2000 roku badaniem objęto lekarzy rodzinnych z terenu całej Polski, którzy jedni z pierwszych założyli własne praktyki. Kwestionariusz, składający się 13 pytań, wypełniło anonimowo 90 osób. Celem projektu było uzyskanie informacji o barierach i ułatwieniach pracy lekarza rodzinnego. Najwięcej trudności dotyczyło zdobycia środków finansowych. Kolejnym problemem okazały się zbyt wysokie oczekiwania pacjentów. Najważniejszym atutem lekarze uznali samodzielną i niezależną działalność medyczną w zakresie diagnozowania i leczenia pacjentów. Uzyskane wyniki zainspirowały mnie do dalszych poszukiwań w tym zakresie.

Skuteczna terapia pacjentów, zwłaszcza z objawami somatyzacyjnymi wymaga od lekarza kompetencji w obszarze biologii, psychologii i socjologii. Podjąłem więc badania zmierzające do ustalenia pojęć, które najlepiej opisują rolę lekarza (**publikacja 2**). Badania modelu opartego na teorii socjologicznej D.J. Lewinsona prowadziłem w latach 2003 - 2005. Projekt miał na celu opisanie heurystycznego sposobu rozwiązywania problemów przez lekarza rodzinnego w codziennej praktyce w modelu bio-psycho-społecznego postrzegania pacjenta. Badano pacjentów, studentów oraz lekarzy rodzinnych. Funkcjonowanie lekarzy rodzinnych w roli zawodowej jest problemem z pogranicza nauk medycznych i społecznych. Dlatego do konstrukcji i weryfikacji narzędzia oraz opisu uzyskanych wyników zastosowałem metodę analizy czynnikowej, jako metody statystycznego modelowania. Jest ona bardziej typowa, "twarda" w sensie statystyczno-matematycznym dla nauk przyrodniczych i medycznych, niż społecznych. Dzięki zaawansowanym metodom rotacji czynników opisano złożone zależności pomiędzy zmiennymi i kryjące się za nimi, ładunki czynnikowe. Umożliwiają one prawdopodobieństwo wyjaśniania zmiennych nieobserwowalnych. Zależało mi na tym, aby wyjaśniając funkcjonowanie zawodowe lekarza rodzinnego stosować paradygmaty obowiązujące bardziej w naukach medycznych niż społecznych. Efektem końcowym jest utworzony kwestionariusz "Rola Lekarza Rodzinnego" (RLR). Obliczenia matematyczne wykazały, że istotne statystycznie dane pozwalają wyodrębnić cztery czynniki, które znajdują się na najwyższym poziomie ogólności. Są to: "decentracja interpersonalna", "poczucie skuteczności", "silne ego" i "empatia". Te pojęcia opisują cechy jakie powinien posiadać lekarz rodzinny najlepiej pełniący swoją rolę. Zbudowany i zweryfikowany przeze

mnie konstrukt teoretyczno - empiryczny spełnia dzięki temu odpowiednie kryteria statystyczne i może być stosowany do diagnozy i prognozy powodzenia kandydatów w roli lekarza rodzinnego.

Funkcjonowanie lekarzy rodzinnych stało się wyzwaniem do zastosowania innowacyjnych w medycynie - jakościowych metod zbierania i analizy danych. Pojawiły się zmienne charakterystyczne dla procesu analizy jakościowej. Mimo, że nie podlegają one twardej kalkulacji statystycznej, nie można było pominąć ich w badaniach. Zastosowanie tej techniki badawczej w medycynie jest rzadkie i obarczone dużym rygoryzmem metodologicznym. Artykuły oparte na danych uzyskanych w metodologii jakościowej opublikowałem w pismach wymagających wysokich standardów w tym zakresie. Najsilniejszym zabezpieczeniem trafności takich analiz było stosowanie indukcji analitycznej, które zostały uwzględnione w **publikacji nr 3**. Wykorzystałem ustrukturyzowane wywiady i opisy narracyjne lekarzy rodzinnych w analizie postrzegania pacjentów i systemu opieki zdrowotnej. Badania prowadzono w latach 2003 - 2004 na terenie województwa kujawsko - pomorskiego. Na podstawie rejestracji 25 wywiadów z lekarzami rodzinnymi, po uwzględnieniu trzypoziomowego kodowania danych, uzyskano saturację danych. Wyodrębniony model umożliwił analizę tematyczną w następujących pięciu obszarach: lekarz rodzinny szansą rozwoju; tożsamość zawodowa; elementy socjalizacji; znaczenie płci i wypalenie zawodowe. Analiza narracyjna 5 lekarzy rodzinnych, ujawniła cztery główne obszary w postrzeganiu przez lekarzy otaczającej ich rzeczywistości. Były to: relacje lekarzy z urzędnikami; z pacjentami; z lekarzami innych specjalności oraz koncepcja praktyki lekarza rodzinnego na podstawie doświadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Metodologia oparta została na swobodnych trajektoriach wypowiedzi, triangulacji metod i analizy na trzech poziomach kodowania danych.

Należy jednak zauważyć, że metody jakościowe, choć bardzo przydatne, nie nadają się do rozwiązywania wielu problemów w naukach medycznych. Interesując się tym nurtem starałem się nie przekroczyć granicy za którą te badania nie powinny być stosowane. Z drugiej strony, w dziedzinie nauki jaką jest medycyna, czekają problemy, które możemy wyjaśnić implementując tę właśnie metodologię.

Poszukiwania dotyczące bio-psycho-społecznego (holistycznego) modelu postrzegania pacjenta rozpocząłem w związku z pojawieniem się w 2005 roku nowej definicji lekarza rodzinnego opublikowanej przez Europejską Akademię Nauczycieli Medycyny Rodzinnej

(EURACT) dla potrzeb jednolitego kształcenia w Unii Europejskiej. Wprowadzone pojęcie holizmu w medycynie, jedną z sześciu osiowych kompetencji lekarza rodzinnego, wyjaśniłem w oparciu o teorię systemów L. Bertalanffy'go.

Badania lekarzy rodzinnych umożliwiły mi utworzenie przy pomocy metody statystycznej - analizy czynnikowej, kwestionariusza "Holistyczna Postawa Lekarza Rodzinnego" (HPLR). Wśród testowanych twierdzeń, 20 przypadło na opis kliniczny każdego z czterech głównych obszarów aktywności lekarza bezpośrednio związanych z udzielaniem świadczeń lekarskich: diagnozy, terapii, profilaktyki i promocji. Wymienione obszary tematyczne ujęto w ramach trzech komponentów wchodzących w skład pojęcia postawy: poznawczego (kognitywnego), emocjonalnego (oceniająco-uczuciowego) i behawioralnego (zachowaniowego) (**publikacja nr 4**).

W założeniach teoretycznych, dla potrzeb modelu statystycznego przyjęto kwestionariusz "HPLR" jako zmienną zależną. Wykorzystując badania własne z lat 2004-2005 nad rolą lekarza, ustalono jako zmienne niezależne wyodrębnione wcześniej pojęcia: "decentracja interpersonalna", "poczucie skuteczności", "silne ego" i "empatia". Celem opracowania było ustalenie pomiarów postawy pro-bio-psycho-społecznej w każdym z czterech obszarów: diagnoza, terapia, profilaktyka i promocja zdrowia. Po zastosowaniu współczynnika korelacji liniowej Paersona ujawniono zróżnicowane zależności. W zakresie diagnostyki dla czynników: "decentracja" ($r=0.44$), "silne ego" ($r=0.26$), "poczucie skuteczności" ($r=0.23$) i "empatia" ($r=0.41$). Dla obszaru terapii: "decentracja" ($r=0.31$), "poczucie skuteczności" ($r=0.21$), "empatia" ($r=0.33$). W zakresie profilaktyki dodatnia korelacja dotyczyła tylko czynnika: "decentracja" ($r=0.20$) a dla promocji: "decentracja" ($r=0.24$), "silne ego" ($r=0.16$), "poczucie skuteczności" ($r=0.27$) i "empatia" ($r=0.21$).

Po wprowadzeniu parametrów roli do modelu równań regresji wielokrotnej uzyskano wyniki precyzyjnie opisujące postawę holistyczną lekarza rodzinnego. W zakresie ustalania diagnozy w równaniu regresji 21% udziału wyjaśniania ma "decentracja interpersonalna" i "empatia". Podobnie było w obszarze terapii, ale warto podkreślić wartość beta z ujemnym ładunkiem dla czynnika "silne ego" (konflikt z "ja" lekarza w czasie procesu leczenia). W zakresie profilaktyki i promocji zdrowia badania wykazały dodatnie korelacje ze wszystkimi czynnikami roli. W prezentowanych badaniach nie znaleziono zasadniczych różnic w zakresie zmiennych demograficznych, takich jak płeć, wiek, miejsca pracy, posiadanych formalnych kompetencji.

Po przeprowadzeniu analizy dyskryminacyjnej (wartości współczynników co najmniej 0,18) i uzyskaniu rzetelności (współczynnik Alfa Cronbacha powyżej 0,66) ustalono ostateczną wersję 36 itemowego kwestionariusza "Holistyczna Postawa Lekarza Rodzinnego". Zbudowany przeze mnie konstrukt teoretyczny spełnia kryteria statystyczne i może być zastosowany w praktyce do pomiarów postaw lekarzy rodzinnych. Wymiar prakseologiczny może być widoczny przy ocenie lekarzy w terapii pacjentów z objawami somatyzacyjnymi, przewlekłymi, nieuleczalnymi lub bez ustalonej diagnozy.

Wprowadzenie reform w Polsce ujawniły postawy lekarzy rodzinnych wobec trudnych pacjentów, z którymi komunikacja wymaga nakładu pracy, czasu i wsparcia ze strony systemu opieki zdrowotnej. Przeprowadzone badania, wspólnie z prof. T. Pawlikowską z Uniwersytetu w Warwick z Wielkiej Brytanii, wykazały brak sprzyjających warunków w Polsce do implementacji medycyny rodzinnej (**publikacja 5**). Wyniki badań opisano w kontekście pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w innych krajach Unii Europejskiej. Zastosowano metodologię badań jakościowych z wykorzystaniem pogłębionych wywiadów i rejestracją swobodnych wypowiedzi. Użyto metodę triangulacji danych stosowanych w tego typu badaniach społecznych. Po uzyskaniu saturacji i kodowaniu zmiennych jakościowych wyodrębniono główne obszary tematyczne. Dotyczyły one pracy lekarzy, którzy jako pierwsi w Województwie Kujawsko - Pomorskim rozpoczęli działalność w zreformowanej opiece podstawowej. Okazało się, że głównymi przeszkodami w prowadzeniu praktyk były władze administracyjne nowopowstałych struktur medycznych oraz liczne konflikty wewnątrz środowiska lekarskiego. Analiza materiału pozwoliła na opisanie postaw lekarzy wobec pacjentów z objawami somatyzacyjnymi, identyfikacji własnej tożsamości w modelu bio-psycho-społecznym oraz związanych z tym zagrożeń. Dotyczyły one zjawisk wypalenia zawodowego, konfliktów z pacjentami i zaburzeń własnej tożsamości zawodowej. Znaczącym elementem ujawnionym w badaniach była zróżnicowana postawa lekarzy wobec postępowania z trudnymi pacjentami. W zależności od osobistych, traumatycznych doświadczeń życiowych, lekarze preferowali heurystyczne rozwiązania wobec napotykanym problemów. Opublikowane wyniki stały się początkiem wspólnego, wielośrodkowego, europejskiego projektu badawczego "WoManPower", który jest obecnie realizowany w ośmiu krajach. Ma on na celu poszukiwanie metod pomiaru skuteczności pracy lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej na terenie Unii Europejskiej.

Badania epidemiologiczne wskazują, że 25% populacji wykazuje zaburzenia psychiczne, które można zdiagnozować używając Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10. W

dużej części (0,03-19,7%) są to objawy somatyzacyjne lub somatoformiczne. Wobec małej ilości doniesień w literaturze naukowej w zakresie podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce, zdecydowałem się przetłumaczyć i walidować test 4DSQ (The Four Dimensional Symptom Questionnaire). Następnie porównałem wyniki pomiarów w Holandii i w Polsce, które przedstawiłem w **publikacji nr 6**.

Test 4 DSQ mierzy cztery wymiary: dystres, depresję, lęk i somatyzację. Według autora B. Terluina, identyfikuje on cztery wymiary najczęstszych problemów psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Kwestionariusz składa się z 50 pozycji, które opisują cztery wspomniane skale. Pytania nawiązują do codziennej pracy lekarza rodzinnego i ograniczają czas trwania do ostatniego tygodnia. Odpowiedzi są kodowane w 5-stopniowej skali Likerta. W założeniach teoretycznych uwzględniono reakcje pacjentów, którzy w życiu codziennym nie mogąc sobie poradzić ze stresem doznawali "załamania nerwowego". Część z nich prezentowała objawy związane z "normalną" reakcją na stres, inni zaś zgłaszali dolegliwości powiązane z depresją, lękiem i somatyzacją. Ta różnica w prezentowaniu objawów sugeruje zróżnicowanie "normalnej" reakcji na stres i "nienormalnej" reakcji powiązanej z zaburzeniami psychiatrycznymi w postaci depresji czy lęku. Tłumaczenie testu było zgodne z wymogami procedury adaptacji językowej z udziałem trzech niezależnych translatorów. Dobroć psychometryczną oceniono wiosną 2009 roku z udziałem 142 studentów psychologii i medycyny i 153 pacjentów praktyk lekarza rodzinnego i z poradni zdrowia psychicznego. Określenie trafności teoretycznej polskiej wersji przeprowadzono przy pomocy narzędzi diagnostycznych: kwestionariusza ogólnego zdrowia psychicznego D. Goldberga (GHQ-28), kwestionariusza samooceny STAI - do badania lęku jako cechy i kwestionariusza MMPI-2 w postaci skali hipochondrii. Rzetelność skal (alfa Cronbacha) wyniosła: dystres -0,88; depresja - 0,86; lęk -0,82; somatyzacja -0,82. Testem t-studenta dla prób niezależnych porównano średnie wartości skal u studentów i u pacjentów. Dla wszystkich skal stwierdzono niejednorodność wariancji (testem Levine'a). Trzy confirmacyjne analizy czynnikowe (dla całej próby, dla pacjentów i dla studentów) przyniosły podobne wyniki. Korelacje rotowanych czynników ze skalami polskiej adaptacji 4 DSQ były satysfakcjonujące a wartości statystyczne istotne. Konstrukcja skal odpowiadała wzajemnym powiązaniom odpowiedzi udzielanych przez osoby badane. Wartości współczynników rzetelności jak i struktura wewnętrzna całego narzędzia były bardzo zbliżone do wyników w oryginalnych badaniach holenderskich. W procesach walidacyjnych skale 4 DSQ wykazały silne związki pozytywne ze STAI oraz GHQ, natomiast silne związki negatywne z hipochondrią mierzona przy

pomocy MMPI-2. Związki skali funkcjonowania GHQ ze skalami 4DSQ były silniejsze dla dystresu, depresji i lęku, a znacznie niższe dla somatyzacji, co świadczyło o dobrej trafności różnicowej w zakresie tej skali. Na macierzy korelacji skal 4DSQ ze skalami GHQ, STAI MMPI-2 przeprowadzono analizę czynnikową, która wykazała dwa mocne czynniki. Pierwszy, którego wartość własna po rotacji (varimax z normalizacją Kaisera) wyniosła 4,23 i drugi o wartości własnej 3,13. Kolejnym etapem była analiza z zastosowaniem metody DIF (Differential Item Functioning), która jest uznanym modelem badań trans-kulturowych. Wyniki badania DIF wykazały, że polska i holenderska wersja mierzy ten sam konstrukt. Wyniki mogą być porównywalne z wyjątkiem jednego poziomu punktu odcięcia (cut-off point) w zakresie skali dystresu. Oba testy prezentują dobre własności psychometryczne. Walidacja polska ma duże znaczenie w praktyce klinicznej, ponieważ pomaga rozróżnić objawy psychopatologicznej reakcji stresowej od istotnych chorób psychiatrycznych.

Problem postępowania w trakcie konsultacji lekarskiej z pacjentami prezentującymi objawy somatyzacyjne stwarza trudności i stanowi wyzwanie w medycynie. Poświęciłem temu zagadnieniu analizę tematyczną wypowiedzi lekarzy rodzinnych dotyczących postępowania z pacjentami z niewyjaśnionymi objawami medycznymi (ang. MUS - Medically Unexplained Symptoms). Analiza zmiennych wymagała metodologii badań jakościowych, z wykorzystaniem grup fokusowych (**publikacja nr 7**). Dobór grupy badawczej był celowy. Zbadano 14 lekarzy rodzinnych w czterech grupach: dwie składały się z mniej doświadczonych praktyków pracujących mniej niż 5 lat, dwie grupy z doświadczeniem powyżej 5 lat, dwie grupy płci żeńskiej i dwie płci męskiej. Wypowiedzi były prowadzone przez niezależnego, doświadczonego moderatora w standaryzowanej pracowni fokusowej z udziałem niezależnego obserwatora. Po nagraniu rozmów i transkrypcji lingwistycznej, dokonano analizy jakościowej z wykorzystaniem trzech poziomów kodowania danych. W książce kodowej zgromadzono kody otwarte, kategoryzowane i tematyczne.

Analiza tematyczna umożliwiła utworzenie trzech głównych obszarów do interpretacji:

1. negatywne emocje lekarzy rodzinnych związanych z pacjentami z MUS
2. brak metod kształcenia w zakresie postępowania z pacjentami z MUS
3. brak wytycznych oraz wpływ zreformowanego systemu opieki zdrowotnej na postępowanie z pacjentami z MUS

W zakresie ostatniego obszaru tematycznego wyłoniły się kategorie:

- 3.1. negatywny obraz lekarza rodzinnego jako profesjonalisty
- 3.2. bariery w podtrzymywaniu stałej komunikacji lekarz- pacjent
- 3.3. ograniczenia w dostępie do opieki specjalistycznej
- 3.4. brak wielo-dyscyplinarnych zespołów w podstawowej opiece zdrowotnej

Ważnym spostrzeżeniem był brak różnic w poglądach pomiędzy czterema grupami badawczymi. Lekarze opisali swoje emocje w stosunku do pacjentów w negatywny sposób. Nie było pozytywnych uwag. Chorych z MUS postrzegano jako trudnych pacjentów, którzy są źródłem napięcia emocjonalnego, niecierpliwości i irytacji. Negatywne reakcje lekarzy ujawniły się w postaci reakcji: odsunięcia niewygodnego pacjenta poprzez skierowanie go do kolejnego specjalisty, skracania wizyty poprzez ostentacyjne zamykanie karty pacjenta, odesłanie do pielęgniarki na pomiar ciśnienia, wyśmianie, zlekceważeniu, poganianiu pacjenta. Badania wykazały, że lekarze nie oczekują standardów i algorytmów postępowania a preferują własne zindywidualizowane, heurystyczne podejście wobec chorej osoby. Uważają, że głównymi czynnikami utrudniającymi skuteczne postępowanie jest zbyt krótki czas wizyty oraz uciążliwy dostęp i brak porozumienia ze specjalistami. Według opinii lekarzy część pacjentów postrzega chorobę umysłową jako coś gorszego niż o podłożu somatycznym, obawia się wykluczenia jako osoby "psychicznej" lub "wariata", oskarża lekarza o niekompetencję. Tacy pacjenci preferują skierowanie do psychologa bardziej niż do psychiatry. Sprzyja to postrzeganiu pacjenta z MUS jako kłopotliwego, "marudnego", "męczyduszę", trudnego w kontakcie. Lekarze podkreślali brak przygotowania zawodowego do postępowania z tą grupą chorych i brak w zespołach podstawowej opieki profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Rozwiązaniem problemu jest stosowanie indywidualnego podejścia do pacjenta i wprowadzenie szkolenia z psychoterapii w trakcie studiów medycznych.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych:

Pozostałe publikacje naukowe:

Ze względu na różnorodność tematyki, pozostałe prace można podzielić na następujące grupy:

- a) Dotyczące wyników psychoterapii (talking therapy) skoncentrowanej na pacjencie. Analizę ilościową i jakościową przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza PSYCHLOPS

(Psychological Outcomes Profiles), który został utworzony przez M. Ashwortha z Kings College w Londynie i mierzy efekt oddziaływania (Effect Size) w głównych sferach aktywności pacjenta. PSYCHLOPS zawiera zarówno standaryzowane pytania (nomothetic instrument) jak również rejestruje dane generowane przez pacjenta (idiographic measure). Badanie oparto na ocenie efektów leczenia przed - (pre-therapy version), w trakcie - (during-therapy version) i po - (after-therapy version) interwencji. W projekcie brało udział 35 lekarzy rodzinnych skupionych wokół Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu.

Zastosowano pięć zaawansowanych technik matematycznych, które umożliwiły wykorzystanie otrzymanych danych. Utworzono model przewidywalnego współczynnika Effect Size. Stosując metodę "Last Value Carried Forward" parametr Cohen's Effect Size wyniósł 2,3 (1,9 do 2,6). Projekt ukazał znaczące oddziaływanie interwencji psychoterapeutycznej lekarzy rodzinnych na redukcję objawów psychosomatycznych.

W projekcie wprowadzono po raz pierwszy w światowej literaturze naukowej pomiary efektu psychoterapii oparte na porównaniu współczynnika Effect Size "w trakcie" (during therapy) trwania leczenia. Okazały się one cennym predykatorem końcowych wyników terapii:

- **Czachowski S**, Seed P, Schofield P, Ashworth M (2011) *Measuring Psychological Change during Cognitive Behaviour Therapy in Primary Care: A Polish Study Using 'PSYCHLOPS' (Psychological Outcome Profiles)*. PLoS ONE 6(12): e27378. doi:10.1371/journal.pone.0027378. Published: 15.12. 2011 (**Impact Factor - 4,092**)

b) Dotyczące zagadnienia definicji wielochorobowości i opieki długoterminowej w podstawowej opiece zdrowotnej. Są to badania zespołowe mające na celu ustalić wspólną definicję w Unii Europejskiej przed wprowadzeniem edycji ICD-11. Wykorzystano technikę badań jakościowych z użyciem metody Delphi i etnometodologii:

- Le Reste JY, Nabbe P, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, **Czachowski S**, Munoz M, Argyriadou S, Claveria A, Calvez A, Barais M, Lietard C, Van Royen P, Van Marwijk H. A research group from the European General Practice Research Network (EGPRN) explores the concept of Multimorbidity for further research

into Long Term Care, Journal of the American Medical Directors Association, 2013, Vol. 14, Issues 2: 132-133. **(Impact Factor=5,302)**

- Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, **Czachowski S**, Munoz S, Argyriadou S, Claveria A, Le Floch B, Barais M, Bower P, Van Marwijk H, Van Royen P, Lietard C. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long-Term Care, following a systematic review of relevant literature. Journal of the American Medical Directors Association, Published on line 14.2.2013. **(Impact Factor=5,302)**

c) Obejmujące tematykę związaną z wprowadzaniem pierwszych praktyk lekarza rodzinnego w Polsce, eksploracją uwarunkowania środowiskowe w podstawowej opiece zdrowotnej:

- Czachowski S.: Praktyka Lekarza Rodzinnego w systemie kontraktowym – ocena działalności na podstawie własnych obserwacji. Medycyna Ogólna, 1999,5,1
- Czachowski S., Buczkowski K: Doświadczenia w tworzeniu praktyki lekarza rodzinnego w opinii praktyków. Polska Medycyna Rodzinna 2001, 3 ,1 :67-71

d) Poruszające problemy kliniczne, rzadkie choroby, trudne aspekty pracy lekarza:

- Czachowski S., Lam J.: Brain abscess as complication of cyanotic congenital heart disease. Pediatric Clinic Amsterdam. 1990, vol. 1, nr 2.
- Liem D.L., Czachowski S., Blij van der J.F., Polycystic kidneys and congenital heart defects an association. Pediatric Clinic Amsterdam. 1990,1,2.
- Czachowski S.: Pacjent z malarią w Praktyce Lekarza Rodzinnego. Medycyna Ogólna,1999,2.
- Czachowski S., Buczkowski K.: Zagadnienia pediatryczne w praktyce lekarza rodzinnego na podstawie obserwacji własnych. Problemy Medycyny Rodzinnej, 1999,vol 1, Nr 2.
- Czachowski S., Cierpienie i umieranie w praktyce lekarza rodzinnego. Pedagogia Christiana, 1(17)/ 2006, s. 139-146.

e) Prace badawcze z zakresu edukacji lekarzy i studentów medycyny:

- Czachowski S., Motywy wyboru specjalizacji w medycynie rodzinnej. Polska Medycyna Rodzinna 2004, 6, 2: 707 – 713.

- Czachowski S. Postawy lekarzy specjalizujących się w dziedzinie medycyny rodzinnej wobec procesu edukacji. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2004, Vol. 6, Nr 2(11), s: 14-20.
- Czachowski S., Buczkowski K. *Lekarz rodzinny w ocenie studentów medycyny pochodzących ze wsi*, *Wiś i Rolnictwo*, Nr 2 (131), 2006, s. 136 – 145.
- Czachowski S. *Poczucie koherencji życiowej wśród studentów medycyny*. *Zdrowie Publiczne* 2007: 117 (3): 351 -35.
- Czachowski S. *Postawa studentów medycyny wobec holistycznego modelu postrzegania pacjenta*. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, Marzec 2008, VOL. X, Nr 1, s. 6 – 10.
- Czachowski S., Kształcenie lekarzy rodzinnych. Przyczynek o myśleniu organizmicznym w relacji pacjent-lekarz. *Edukacja Dorosłych* 2001, nr 4 s.59 - 62.
- Czachowski S. *Grupy Balinta w praktyce lekarza rodzinnego* [w:] *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Bohdan Wasilewski, Lilianna Engel (red). Wydawnictwo Psychologii i Kultury, ENETEIA, Warszawa, 2011. s. 129 – 140.

f) Odnoszące się do obszaru badań społecznych, filozoficznych, psychologicznych:

- Czachowski S. *Pojęcia holizmu i chaosu w medycynie rodzinnej*. *Prakseologia*. Nr 147, 2007, s. 31 – 49.1- 127.
- Czachowski S., *Obraz lekarza rodzinnego w percepcji pacjentów z chorobą przewlekłą*. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2002; 2(7): 18 - 23.
- Czachowski S. *Czy studia medyczne są drogą do elity społecznej?* *Forum Oświatowe*, 2006, 1 (34).
- Czachowski S. *Lekarz rodzinny w percepcji studentów medycyny. Holistyczny model opieki medycznej – lepsza perspektywa czy gorszy wybór?* *Teraźniejszość Człowiek Edukacja*. Nr 2 (42), 2008: 11.

Wystąpienia na ważniejszych zagranicznych konferencjach:

- Czachowski S, Ashworth M. “PSYCHLOPS” – A new instrument to measure psychological outcomes in primary care setting, 19 th WONCA World Conference of Family Doctors, Cancun, Mexico, 19 - 23. Mai, 2010.

- Czachowski S, Ashworth M, Evans C. Measuring psychological change during and after brief CBT In primary care using a PSYCHLOPS questionnaire. EGPRN. Mai 18 – 22. 05. 2011, Nice, France. European Journal of General Practice, 2011; 17:171-189.
- Czachowski S. Expectations in family doctor practice and in policlinic medical centre practice patients towards their doctor. European General Practice Research Workshop Gdynia/Gdansk 18-21 October, 2001
- Czachowski S, Sowinska A, Griffith F. The British and Polish primary care system in the Polish migrant's opinion. European General Practice Research Network, Ljubljana, 10-13 May, 2012.
- Czachowski S, Sowińska A, Piszczek E, Hartman T. *How GPs manage patients with MUS. Polish experiences. A focus - group based study.* European General Practice Research Network. Antwerp - Belgium. 18-21 October, 2012.

Łączna wartość punktacji KBN/MNiSzW: 411.000

Wartość wskaźnika IF: 19.855 (w tym jako pierwszy autor IF: 9.251)

Index Copernicus: 74.410

Wskaźnik Hirscha: 2

Liczba cytowań : 7 na podstawie bazy Web of Science

Toruń, 16.07.2013



Sławomir Czachowski